###  *Programme-diagnostique d’imagerie médicale*

### **FORMULAIRE**

**Demande de copie d’image sur serveur ou de CD aux services du Programme diagnostique d’imagerie médicale dans le cadre d’un projet de Recherche clinique**

**Service (s) sollicité (s):** [ ]  **MÉDECINE NUCLÉAIRE** [ ]  **RADIOLOGIE**

**Date de la demande:** Cliquez ici pour entrer une date.

**S.v.p., complétez cette section :**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Numéro de protocole** | **Date de l’examen :**Cliquez ici pour entrer une date. | **No de dossier HMR :** | **Description de l’examen :** | **Anonyme:**[ ]  **Oui** [ ]  **Non** | **ID CD :** | **Nb de copies :** |
| **Numéro de protocole** | **Date de l’examen :**Cliquez ici pour entrer une date. | **No de dossier HMR :** | **Description de l’examen :** | **Anonyme:**[ ]  **Oui** [ ]  **Non** | **ID CD :** | **Nb de copies :** |
| **Numéro de protocole** | **Date de l’examen :**Cliquez ici pour entrer une date. | **No de dossier HMR :** | **Description de l’examen :** | **Anonyme:**[ ]  **Oui** [ ]  **Non** | **ID CD :** | **Nb de copies :** |
| **Numéro de protocole** | **Date de l’examen :**Cliquez ici pour entrer une date. | **No de dossier HMR :** | **Description de l’examen :** | **Anonyme:**[ ]  **Oui** [ ]  **Non** | **ID CD :** | **Nb de copies :** |
| **Personne responsable du projet à facturer :** **Poste tél. :** **Centre de coût à facturer au centre de recherche:** **Quantité :** **X 15$/CD =** **$****Spécifier:** [ ]  **1 examen/CD** [ ]  **1 patient/CD** [ ]  **Plusieurs examens de différents patients/CD** [ ]  **Autre:**  |
| **Médecin ou l’infirmière responsable :** **Signature : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |

Veuillez compter un délai de 7 jours ouvrables afin d’obtenir la ou les copies.

S.v.p., veuillez transmettre cette demande à madame Marie-Eve Brassard par courriel à mbrassard.hmr@ssss.gouv.qc.ca